

Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des
Städtischen Rudolf-Virchow-Krankenhauses Berlin
Chefarzt: Priv. Doz. Dr. med. Hanns-Werner Boschann

Die Sexualstörungen der Frau nach eingreifenden Unterleibsoperationen

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

an der

Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Isolde Weißert

aus Züsow/Wismar

1963

Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des
Städtischen Rudolf-Virchow-Krankenhauses Berlin
Chefarzt: Priv. Doz. Dr. med. Hanns-Werner B o s c h a n n

Die Sexualstörungen der Frau nach eingreifenden
Unterleibsoperationen

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an der
Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Isolde Weißert
aus Züsow/Wismar

4569/63

Dekan: Prof. Dr. med. Bernhard Schmidt
Referent: Priv. Doz. Dr. med. Hanns-Werner Boschann
Korreferent: Prof. Dr. med. Herbert Lax



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Freien Universität Berlin

Promoviert am: 22. 1.1963

Einleitung

- I. Die eingreifenden Unterleibsoperationen
- II. Die Sexualstörungen als Folge der Operationen
 - (1) Anatomische Störungen
 - (2) Hormonale Störungen
 - (3) Psychische Störungen
- III. Eigene Untersuchungsergebnisse im Vergleich zu anderen Autoren
 - (1) Das Kollum-Karzinom
 - (2) Das Korpuskarzinom
 - (3) Das Ovarialkarzinom
- IV. Aussichten auf Wiederherstellung der Vita sexualis
- V. Zusammenfassung

Schrifttum

Einleitung

Während meiner Famulatur (1958) in der Frauenklinik der Freien Universität Berlin im Städtischen Krankenhaus Moabit wurde mir das Thema zu dieser Arbeit erteilt und zugleich Gelegenheit gegeben, Patientinnen, die nach schwerer Unterleibsoperation zu Kontrolluntersuchungen kamen, über aufgetretene Störungen im Bereich der Sexualsphäre zu befragen.

In meiner Medizinalassistenzeit 1960/61 auf der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Städtischen Rudolf-Virchow-Krankenhauses und der Geschwulstberatungsstelle im gleichen Hause habe ich erneut Patientinnen zu diesem Fragenkomplex sprechen können.

Das Krankengut umfaßt 269 Patientinnen, die in den letzten Jahren in beiden Kliniken operiert wurden. (In den Untersuchungsergebnissen dieser Arbeit wurden Aussagen bestrahlter Patientinnen absichtlich nicht verwertet.) Anschließend kamen sie bis zur Erreichung der Fünfjahresheilungsgrenze zur Nachuntersuchung.

Es ist nicht einfach, Frauen auf diesem Gebiet anzusprechen. Eine begreifliche anfängliche Scheu, Erziehung, Umwelt, Tradition und auch konfessionelle Ausrichtung beeinflussen unterschiedlich das Verhalten des einzelnen Menschen - hier das der Frau.

Überraschenderweise brachten alle angesprochenen Patientinnen einer objektiv-sachlichen, verständnis- und rücksichtsvollen Befragung Vertrauen entgegen. Sie haben mir dabei ihre privaten und ureigensten Empfindungen ihres Sexuallebens offenbart, wenn auch nicht übersehen werden darf, daß diese Erlebnisreaktionen ehrlich geschildert, aber meist emotional gefärbt waren.

Ebenfalls war ich bemüht, dieselben Frauen mehrmals zu dem Thema zu befragen, um eine etwa gleich lange postoperative Zeitspanne zu beurteilen. Aus der Annahme heraus, daß die Patientin im Laufe

der Zeit schon selbst eine Lösung der Probleme gefunden hatte und inzwischen meist eine Festigung ihres seelischen Gleichgewichts erfolgt war, hoffe ich ein annähernd genaues Bild über die Situation der postoperativen Sexualprobleme geben zu können. Wie erwartet, haben sich bei der 2. Befragung in einigen Fällen andere Resultate ergeben.

Zwei Autoren (Kahanpää und Gylling) berichten über eine Fragebogenaktion. Es ist wohl kaum zu erwarten, daß eine Frau über ihre Liebesbeziehungen schriftlich wahrheitsgetreue Auskunft gibt. Ich schließe mich der Meinung des Wiener Autors Picha an, der diese schriftlich niedergelegten Angaben als "wenig vertretbar" bezeichnet.

Ich gewann bei der Befragung den Eindruck, daß durch offene Aussprache viele Patientinnen eine Klärung dieser problematischen Situation erfahren konnten.

I. Die eingreifenden Unterleibsoperationen

Das Karzinom und Sarkom des Collum und des Corpus uteri, der Vagina und der Vulva stehen im Vordergrund der schweren Genitalerkrankungen der geschlechtsreifen Frau.

Da die Frauen von der Möglichkeit der vorbeugenden Untersuchung nur wenig Gebrauch machen, selbst bei auftretenden Symptomen oft relativ spät fachärztlichen Rat und Behandlung in Anspruch nehmen, kommen sehr häufig weit fortgeschrittene Fälle zur stationären Behandlung.

In diesem Stadium kann ein kleiner Eingriff keinen vollen Erfolg mehr bringen. Der einzuschlagende Behandlungsweg ist vielmehr eine große Operation auf abdominalem oder vaginalem Weg, gegebenenfalls mit Bestrahlung.

In dieser Arbeit werden nur operativ behandelte Fälle besprochen.

Das Genitalkarzinom befällt am häufigsten das Collum uteri (71,2 %), das Corpus uteri (15,0 %), die Ovarien (7,5 %), die Vulva (3,2 %) und die Vagina (2,8 %) (nach Labhardt, der die Baseler Klinik von Mattmüller zitiert).

Das Krankengut umfaßt folgende Gruppeneinteilung gynäkologischer Karzinome:

Kollum:	192 Patientinnen	=	71,3 %
Korpus:	53 Patientinnen	=	19,6 %
Ovarien:	24 Patientinnen	=	8,6 %

Die Indikation zur Operation richtet sich nach der lokalen und allgemeinen Operabilität, also nach dem Stadium der Ausbreitung des Tumors, nach dem körperlichen Zustand und dem Alter der Patientin.

In dieser Abhandlung soll auf die Folgen der einzelnen Operationen näher eingegangen werden.

Die üblichen Operationen beim Karzinom und Sarkom des Collum und Corpus uteri und der Ovarien umfassen:

die abdominale Totalexstirpation des Uterus,
die abdominale Radikaloperation nach Wertheim,
die vaginale Totalexstirpation des Uterus,
die vaginale Radikaloperation nach Schauta-Stoeckel.

Diese Operationen führen, da meist die Adnexe mitentfernt werden, zur Stillegung der Ovarialfunktion und zusätzlich zu anatomischen Veränderungen am zurückbleibenden Genitalapparat. Die letztgenannten Störungen, die in den folgenden Wochen und Monaten auf hormonalem Gebiet auftretenden Ausfälle und die daraus resultierenden psychischen Schäden belasten die Patientin mehr als der ursprüngliche Operationsschock. Sie bedürfen einer wirksamen Hilfe.

II. Die Sexualstörungen als Folge der Operationen

Das Sexualleben ist zu einem gewissen Teil der menschlichen Willenskraft entzogen und dem Trieb zur Erhaltung der Art untergeordnet. Die Sexualbeziehungen spielen im Leben vieler Menschen eine große Rolle. Durch Störungen kann es zu psychischen Schäden kommen.

In dieser Arbeit soll über das sexuelle Verhalten der Frauen im Alter zwischen 20 und 50 Jahren, die im ovaraktiven Alter stehend, normalerweise die Menopause noch nicht erreicht haben und sich einer eingreifenden Unterleibsoperation unterziehen mußten, berichtet werden.

Bei der heute durch Presse und Rundfunk erfolgten Veröffentlichung von Artikeln und Vorträgen über bösartige Erkrankungen und deren Folgen wird die erkrankte Frau sich häufig der Schwere des Leidens bewußt. Nach Krankenhausaufenthalt und Operation, die sie als eingreifendes Ereignis treffen, beobachtet sie kritisch an sich selbst die in den folgenden Wochen auftretenden Beschwerden und durchlebt ganz bewußt die körperlichen Veränderungen. Da es sich in den meisten Fällen um verheiratete Frauen handelt, folgen im Zusammenleben mit dem Ehemann weitere Schwierigkeiten. Diese werden im Rahmen der nachgehenden Kontrolluntersuchungen von den Patientinnen geklagt oder von einem Teil der Frauen tunlichst verschwiegen, wobei sie häufig erst bei näherem Befragen durch den behandelnden Arzt zur Sprache kommen. Wenn sich die Frauen dem Arzt anvertrauen, kann ihnen schon oft durch die Aussprache geholfen werden. Der behandelnde Arzt muß die Patientin davon überzeugen können, daß eine eingreifende Operation dringend notwendig war und demgegenüber die Erhaltung der Sexualfunktion zurücktreten mußte. Das Leben der Patientin muß auch unter einem derartigen Opfer erhalten werden.

Der Arzt kann jedoch oft Wege und Vorschläge zur Lösung befriedigender Sexualbeziehungen aufzeigen. Eine postoperative Betreuung ist deshalb bei diesen Frauen unerlässlich.

(1) Anatomische Störungen

Bei jeder der in Abschnitt I. angeführten Operationen werden Teile des Genitale aus seiner ursprünglichen anatomischen Lage entfernt und die zurückbleibenden Anteile verändert. Im Vordergrund dieser postoperativen anatomischen Veränderungen an den Geschlechtsorganen steht die Vagina.

Die Scheide wird in drei Abschnitte eingeteilt. Die Lymphabflußwege deuten darauf hin, daß der obere Abschnitt eine gesonderte Funktion innehat und eine anatomisch-physiologische Innervationseinheit bildet.

Die Nerven der weiblichen Genitalsphäre gehören zum Plexus pudendalis (spinal), zum Plexus hypogastricus caudalis (vegetativ) und zum Nervus dorsalis clitoridis (sensibel), der zum Sakralmark zieht. Parasympathische Fasern bilden die Nervi erigentes.

Die Vagina selbst hat keine spezifischen Sinneskörperchen. Die Columnae rugarum sind ein Maschenwerk von Längsmuskulatur mit einem Venenkonvolut. Es entspricht einem Schwellkörper, der sich bei sexueller Erregung auffüllen kann. Durch die kontraktile Dehnung und Schwellung wird der vaginale Orgasmus ausgelöst.

Die Erweiterungs- und Verlängerungsfähigkeit der oberen $\frac{2}{3}$ der Vagina ist besonders hervorzuheben. In diesem Bereich liegen normalerweise die sekundären Reizzentren, die der am Karzinom erkrankten Patientin verloren gehen.

Bei den gleich zu erörternden Operationsmethoden werden der obere Scheidenanteil und die Portio (ebenso auch der gesamte Uterus und häufig beide Adnexe) entfernt und damit ein großer Teil der vegetativ innervierten Organe des kleinen Becken ausgeschaltet.

Das untere Drittel der Vagina bleibt bei den bereits erwähnten Operationen erhalten. Dieser Teil kann aber keinesfalls die Funktion des oberen Anteils ersetzen oder mitübernehmen.

Die abdominale Totalexstirpation des Uterus mit Scheidenmanschette führt zur Entfernung eines mehr oder weniger großen Anteils der Vagina, also eines Bereichs der größten Empfänglichkeit für sensible Reize. Die Radikaloperation nach Wertheim verändert das Scheidenrohr oft dahingehend, daß nur noch ein 2 - 4 cm langer Abschnitt (= unteres Drittel) der Vagina zurückbleibt.

Die vaginale Totalexstirpation setzt neben der Kürzung der Vagina im oberen Abschnitt (entsprechend der abdominalen Totalexstirpation), bei Anwendung eines Schuchardtschnitts hierauf folgende Narbenbildungen und damit zusätzliche Sensibilitätsstörungen. Bei der vaginalen Radikaloperation wird die Vagina um die oberen $\frac{2}{3}$ (entsprechend der abdominalen Radikaloperation und durch Narbenzug nach Beckenbodenhilfsschnitt stark verändert, so daß dadurch die sexuelle Empfindung leidet.

Nach dem operativen Eingriff kommt es infolge der Ausschaltung der ovariellen Hormonbildung zur Trockenheit der Vaginalhaut, ferner zu Narben mit dadurch bedingten Formveränderungen, trichterförmiger Verengung des Scheidenblindsackes und zum Teil zurückbleibender Kürzung der Vagina. Auch fällt die fehlende Portio als Empfindungsorgan aus. Dieses führt oft zu schmerzhaften Kohabitationen,

zu einem unbefriedigendem Erregungsablauf und damit zur sekundären Frigidität.

Falls anschließend eine Bestrahlung vom Vulvafeld aus erfolgt, werden die Glandulae vestibulares maiores und minores verödet, und die Transsudation der Vagina läßt nach. Die Scheide selbst hat keine eigene Sekretionsfähigkeit. Häufig folgt eine Stenosierung der Vagina. Bei frustanen Kohabitationsversuchen kann es zu stärkeren Blutungen aus der Vagina kommen. Dieses beunruhigt erneut die Patientin, die dann ängstlich das geschlechtliche Zusammenleben meidet.

Die Einwirkung der oftmals postoperativ durchgeführten Radiumbehandlung auf die Vaginalwände und Bartholinschen Drüsen vermehrt ebenfalls die Trockenheit der Vagina, führt zu einer schwielig-derben Umwandlung der ursprünglich weichen postoperativen Narben und verursacht eine stärkere Verödung der Drüsen sowie der Empfindungszonen, so daß es zu keiner befriedigenden Reizung der Genitalnerven kommen kann.

Schon beim Sitzen beobachtet besonders die vaginal operierte Frau stärkere Beschwerden, die bei Witterungswechsel vermehrt empfunden werden.

Nach derartigen theoretischen Überlegungen und nach klinischen Beobachtungen ist die Sexualfunktion nach vaginaler Karzinomoperation offenbar stärker und häufiger geschädigt als nach abdominaler Operation.

Froewis und Picha geben nach vaginaler Operation 29 % Störungen der Libido, 32 % des Orgasmus an, gegenüber 17 % Libido- und 23 % Orgasmusstörungen bei Wertheimscher Radikaloperation.

Ich verzeichnete 28,6 % Libido- und 40,5 % Orgasmusstö-

rungen bei vaginaler und 24,1 % Libido- und 36,0 % Orgasmusstörungen bei abdominaler Totalexstirpation einschließlich Wertheimscher Radikaloperation.

Die Zahlen der schon zitierten Autoren (Froewis und Picha) umfassen Patientinnen höheren Alters (50-80-jährige; nur 4 Patientinnen waren unter 50 Jahre alt). Wie sie angegeben haben, fallen unter "unverändert" auch die Patientinnen, die schon vor der Behandlung keine Koitationen mehr gepflegt haben, somit auch nicht Libido und Orgasmus beobachten konnten.

Die Zahlen dieser Arbeit betreffen dagegen ausschließlich Frauen im ovaraktiven Alter mit regelmäßigem Geschlechtsverkehr vor der Operation.

(2) Hormonale Störungen

Die Hormonwirkungen auf die somatische Entwicklung der primären und sekundären Sexualsphären sind bekannt, umstritten jedoch die Beziehungen der Sexualhormone zu psycho-sexuellen Auswirkungen, der Libido und des Orgasmus.

Das Endokrinium ist mit dem Vegetativum eng gekoppelt. Die Follikelphase steht unter parasympathischem Einfluß, die Lutealphase wird vom Sympathikus beherrscht.

Durch die Entfernung beider Adnexe wird die Funktion der Ovarien plötzlich ausgeschaltet. Es kommt sofort zu einem fast völligen Hormonentzug, abgesehen von einer geringfügigen Bildung von Sexualhormonen aus der Nebennierenrinde. Das bedeutet, daß die vollwertig geschlechtsreife Frau ganz abrupt in den Zustand des künstlichen Klimakteriums versetzt wird.

Dieser Übergang in die durch die Operation herbeigeführte Menopause bringt starke Ausfallserscheinungen mit sich. Die Libido ist bei vielen Frauen vermindert. Außerdem treten klimakterische Störungen auf, worunter besonders die junge Patientin leidet: Schweißausbrüche, Hitze wallungen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Depressionen, Erregungszustände und nervöse Störungen.

Außerdem entstehen als Folge des Hormonmangels innersekretorische Stoffwechselstörungen. Trotz der Schwere des Leidens ist eine Gewichtszunahme bei 159 = 59,1 % der Patientinnen zu verzeichnen, im Mittel um 6,4 kg. Hintz fand bei 21 % der behandelten Patientinnen eine Gewichtszunahme.

Es treten Umbauerscheinungen auf, z. B. werden die Drüsenanteile der Brust durch Fettgewebe ersetzt; ein Fettansatz an Bauch und Nates ist zu verzeichnen.

Die Patientinnen klagen über Rückenschmerzen, Darmspasmen, Stuhlverhaltungen und Brennen im ganzen Unterleib. Im Gegensatz zu den zitierten Autoren wurden hier die Ausfallserscheinungen berücksichtigt, wenn sie auch nicht streng genommen in das Kapitel der postoperativ auftretenden Sexualstörungen gehören, sondern ebenfalls im normalen Klimakterium zu beobachten sind.

Jedoch sind alle in dieser Arbeit besprochenen Patientinnen vorzeitig in die Menopause versetzt worden, während die Frauen in der Abhandlung von Froewis und Picha zum größten Teil 50 - 80 Jahre alt waren und sich zum Zeitpunkt der Operation schon im Klimakterium befanden.

Von meinen Patientinnen litten 84,1 % Frauen unter Ausfallserscheinungen. 56,2 % erhielten Sedativa, 19,7 % von ihren Hausärzten Hormongaben.

Auch hatte in den meisten Fällen die Leistungsfähigkeit der Patientinnen abgenommen. Unverändert war sie bei 33,4% der Frauen. Sie gingen größtenteils wieder ihrer beruflichen Tätigkeit nach.

(3) Psychische Störungen

Der Sexualtrieb benötigt die Reaktionsfähigkeit des Erotisierungszentrums. Die psychischen Vorgänge beim Zusammenleben zwischen Mann und Frau bestehen aus vielen Einzelheiten.

Eine besondere Beachtung müssen die Libido und der Orgasmus finden. Man unterscheidet einen klitoridalen und einen vaginalen Orgasmus.

Eine Störung der Teilvorgänge kann schon normalerweise durch viele Faktoren ausgelöst werden, z. B. durch Umwelteinflüsse, psycho-sexuelle Zustände, Überforderung der Frauen auf körperlichem und geistigem Gebiet, durch Schädigungen, schwere Krankheiten (Tuberkulose, Diabetes mellitus, maligne Erkrankungen und nachfolgende Operation) und Vergiftungen.

Die anatomischen und hormonalen Veränderungen, die der eingreifenden Unterleibsoperation folgen, ziehen häufig weitgehende Alterationen nach sich.

Viele Frauen leben in dem Bewußtsein, durch den Verlust der inneren Genitalorgane keine vollwertige Frau mehr zu sein. Sie meiden deshalb oft das intime Liebesleben, weil sie befürchten müssen, daß sie aufgrund des operativen Defektes mit dem Partner im Sexualverkehr psychisch und funktionell nicht mehr harmonisieren können.

Die nur bestrahlte Patientin glaubt sich dagegen im Vollbesitz ihrer Geschlechtsorgane und rechnet mit keiner nennenswerten Beeinträchtigung ihrer sexuellen Empfindungen.

Ich konnte bei den operierten Frauen verschiedenartige psychische Folgen beobachten. Bei einigen war nur vorübergehend die Libido erloschen. Hier trat oft nach Monaten eine Besserung mit fast befriedigenden Sexualbeziehungen ein.

Andere Patientinnen vermißten postoperativ das sexuelle Erleben nicht.

Mehrere Frauen reagierten mit einem fast übersteigerten Geschlechtstrieb, der beinahe ins Pathologische reichte, mit Neigung zur krankhaften Übererregbarkeit und Entgleisung bis zum Ipsismus. In wenigen Fällen wurde diese quälende sexuelle Abartigkeit durch die Patientinnen geschildert. Die Aussprache führte oft zu einer Klärung und vielleicht auch zu einer Befreiung von sexual-neurotischen Zwangsvorstellungen.

Eine große Anzahl von Patientinnen berichtete über fehlenden Orgasmus, wenn auch die Libido noch unverändert vorhanden war. Dieses wird durch die anatomischen Operationsveränderungen erklärt. Normalerweise werden durch Reizung des oberen Scheidengewölbes und der Portio die schließlich zum Orgasmus führenden Gefühle geweckt.

Der am Karzinom operierten Patientin fehlt das örtliche Aufnahmegebiet für diese Reize. Viele Frauen hoffen indessen nur, daß das eheliche Zusammenleben trotz der Operation weiterhin möglich ist und dem Partner das sexuelle Erleben nach wie vor erhalten bleibt. Nach Amreich ist der sekundäre Entstehungsort der "Lustempfindungsreize" (Portio und oberer Anteil der Vagina)

ein verhältnismäßig "neuer Erwerb", der auch normalerweise fehlen, gestört und verloren gehen kann.

Der primäre Ort sind die Klitoris und die äußere Haut der Vulva, die auch bei Verlust der sekundären Entstehungsorte stellvertretend beim Geschlechtsverkehr eintreten können.

Der eben genannte Autor meint auch, daß der atavistische Frauentyp durch die Karzinomoperation nichts einbüßt, da bei ihr die primären Orte der Empfindung "voll einspringen".

Eine andere Autorin (Helene Stourzh) spricht vom Typ der "andromorphen Frau", die vorwiegend klitoridalen Orgasmus hat. Nach ihrer Ansicht soll sie in coitu frigid sein.

Lax beschreibt dagegen die Frigidität bei betont weiblichen Frauen, die auf Männer "sehr sexuell" wirken. Die Ursache sieht er im Androgenmangel.

Kemper erwähnt die erogene Zone der Mamille und glaubt, ihr dieselbe Fähigkeit zuteilen zu können wie der Klitoris, Orgasmus zu erzeugen.

Grundsätzlich könnte man der ganzen Körperoberfläche des Menschen, einschließlich des äußeren Genitale und der Vagina, erogen-erigible Fähigkeiten zuschreiben.

Zum Orgasmus führen vorwiegend die Genitalien, bei der Frau besonders Labien, Klitoris, Harnröhrenwulst und Vagina, zuweilen auch Uterus und Tuben. Als das vollwertigste Orgasmus auslösende Organ wird von vielen Frauen die Klitoris angesehen, was entwicklungsge-schichtlich erklärt wurde. Die Klitoris besitzt Corpora cavernosa und Endkorpuskeln. Sie ist sehr erektionsfähig, analog dem Penis beim Mann.

Das Adaptationsvermögen der Frau ist weit größer, als man allgemein annehmen möchte; die betreffenden Patientinnen ersetzen häufig die verloren gegangenen sexuellen Empfindungen durch vorgetäuschte Erlebnisreaktionen, um auf alle Fälle die eheliche Gemeinschaft, besonders, wenn Kinder vorhanden sind, zu erhalten. Der mütterlich veranlagten Frau gelingt dies besonders gut.

Ein Teil der Frauen hatte in diesem Sinne intuitiv gehandelt, andere nahmen derartige Anregungen dankbar entgegen. So konnte man feststellen, daß trotz großer Ausfallerscheinungen und deren Folgen nur in wenigen Fällen die eheliche Gemeinschaft zerrüttet war. In den Ehen, in denen der Mann sich gerade im "Klimakterium virile" befand und die geschlechtlichen Beziehungen naturgemäß seltener wurden, kam es durch wechselseitige Anpassung zu keiner nennenswerten Störung des Ehelebens.

Im Zusammenhang mit den anatomischen, hormonalen und den darauf folgenden psychischen Störungen kommt es bei einem Teil der Frauen zu mehr oder weniger ausgeprägten psychischen Veränderungen, bedingt durch die gewaltsame Vorverlegung des Klimakteriums infolge der Operation. Sie werden durch Labilität, rasche Ermüdbarkeit, Antriebsschwäche, Gedächtnisstörungen, psychische Fehl- und Zwangshaltungen deutlich. Es kann zu Psychosen kommen, die meist konstitutionell bedingt sind. Sie sind aber Raritäten und betreffen besonders die Patientinnen, die außer ihrer sexuell-erotischen Ausrichtung keine anderen inneren Werte zu bieten haben. Das Auftreten der abnormen Erscheinungen ist bei diesem Frauentyp auch ohne Operation im normalen Klimakterium zu erwarten.

III. Eigene Untersuchungsergebnisse im Vergleich zu anderen Autoren

Wie schon in Abschnitt I. erwähnt wurde, teilt sich das untersuchte Krankengut in folgende Karzinome auf: Die größte Gruppe umfaßt die Kollum-Karzinome mit 192 Patientinnen (= 71,3 %).

Die am Korpus-Karzinom operierten Patientinnen liegen auch hier an zweiter Stelle (= 53 Patientinnen = 19,6 %).

Als dritte Gruppe folgen die Ovarial-Karzinome mit 24 Patientinnen (= 8,6 %).

Auf das Vulva- und Vaginal-Neoplasma wird in dieser Arbeit nicht näher eingegangen, da hierbei ausgedehnte Folgen zur völligen Zerstörung des Sexuallebens führen können.

Amreich schlägt vor, nur gleichaltrige Gruppen von Frauen gegenüberzustellen und nur Karzinome gleicher Stadien betreffs der sexuellen postoperativen Schäden miteinander zu vergleichen. Fortgeschrittenere Stadien ziehen selbstverständlich umfangreichere Operationen nach sich, was wiederum zu stärkeren Ausfallserscheinungen und ausgedehnteren Sexualstörungen führen kann.

Ältere Frauen, bei denen der Stillstand der Ovarialfunktion natürlich ist, wurden in dieser Abhandlung nicht berücksichtigt.

Froewis und Picha haben ein umfangreiches Krankengut bezüglich der Sexualfolgen bearbeitet. Beide Autoren schrieben über die Sexualstörungen nach operativer Therapie; Picha außerdem über das gleiche Thema nach Bestrahlungsbehandlung. Rezidive und deren Behandlungsschäden im Bereich der sexuellen Funktionsabläufe werden in dieser Arbeit nicht besprochen.

Sie lehnt sich absichtlich an die eben erwähnte Einteilung, damit erneute Vergleichsmöglichkeiten bestehen. Die weiter fortgeschrittenen Karzinome des Collum, des Corpus uteri und der Ovarien, die nur bestrahlt wurden, finden ebenfalls keine Berücksichtigung. Hier sind die Behandlungsfolgen auf sexuellem Gebiet zweifellos etwas günstiger, weil das Genitale dabei nicht entfernt wurde. Picha gibt eine unveränderte Kohabitations-Möglichkeit bei 74,3 % der bestrahlten Patientinnen an.

Eine Minderung der Kohabitationsmöglichkeit geben beide Autoren bei der Wertheimschen Radikaloperation an (59,1 %): Nach Schauta-Amreich-Operation traten 33 % leichte Kohabitations-Störungen auf, stärkere Kohabitations-Störungen nach Wertheim bei 33,9 %, nach Schauta-Amreich bei 53,2 %.

In meinem Krankengut waren stärkere Kohabitations-Störungen zu verzeichnen nach Wertheim bei 51,3 %, bei der abdominalen Totalexstirpation des Uterus mit beiden Adnexen bei 48,6 %; nach vaginaler Totalexstirpation mit Entfernung beider Adnexe und Schauta-Stoeckelscher Radikaloperation bei 61,3 %.

Kohabitations-Unmöglichkeit fand sich nach Wertheim bei 7 % (Froewis und Picha), nach Schauta-Amreich bei 25,8 %.

Ich fand nach Wertheimscher Radikaloperation eine Kohabitations-Unmöglichkeit bei 10,8 %; nach vaginaler Totalexstirpation mit Entfernung beider Adnexe und vaginaler Radikaloperation bei 14,2 %.

(1) Das Kollum-Karzinom

In dieser Gruppe werden nur die operierten Patientinnen der Stadien 1 und 2 erfaßt.

Die Stadien 3 und 4, in denen das Karzinom über die Gren-

zen der Portio und Zervix hinausgeht und meistens auch ausgedehnte Veränderungen im Bereich der Vagina hervorruft, die also nicht mehr operabel sind, bleiben unberücksichtigt.

Tabelle I.

Stadium 0	wird in dieser Arbeit nicht besprochen; da eine Portioamputation und Muttermundsplastik zu keiner großen anatomischen Veränderung des Genitale führt, wenn auch ein Teil der Portio als rezeptives Empfindungsorgan ausfällt.
Stadium 1	53 Fälle (im Alter von 20 - 50 Jahren)
Stadium 2	139 Fälle (im Alter von 20 - 50 Jahren)

Tabelle II. Kohabitations-Möglichkeit beim operierten Kollum-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen (Gesamtzahl)

	Zahl der Fälle	%
I. Keine Kohabitation	8	4,3
II. Unveränderte Kohabitation	62	31,9 (33,6)
III. Kohabitations-Störungen	103	53,7 (55,9)
IV. Kohabitations-Unmöglichkeit	19	10,1 (10,3)

Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtzahl der am Kollum-Karzinom erkrankten Frauen. In Anlehnung an die eben zitierten Autoren sind hier ebenfalls in Klammern die Prozentzahlen angegeben, die sich auf die Frauen beziehen, die noch hauptsächlich Kohabitationen pflegen oder ausüben möchten. Diese Zahlen ergeben erst das objektive Resultat. Da hier nur Patientinnen im ovaraktiven Alter aufgeführt sind, wird sich das Ergebnis mit dem von Froewis und Picha nicht decken, da sie hauptsächlich Frauen im Alter von 50 - 80 Jahren ermittelt haben, die schon normalerweise in hohem Prozentsatz nicht mehr geschlechtlich verkehren.

Wie die Tabelle Nr. II. zeigt, ist eine große Anzahl der am Kollum-Karzinom operierten Frauen noch kohabitationsfähig. Unter Kohabitations-Störungen litten 103 Patientinnen (= 53,7 %); 19 Patientinnen (= 10,1 %) können aufgrund der postoperativen anatomischen Veränderungen keine Kohabitationen mehr ausüben.

Tabelle III. Kohabitations-Möglichkeit beim operierten Kollum-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen (Abdominale Totalexstirpation des Uterus mit beiden Adnexen)

	Zahl der Fälle	%
I. Keine Kohabitation	1	1,45
II. Unveränderte Kohabitation	35	50,7
III. Kohabitations-Störungen	33	48,7
IV. Kohabitations-Unmöglichkeit	ø	ø

Tabelle IV. Kohabitations-Möglichkeit beim operierten Kollum-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen (Wertheimsche Radikaloperation)

	Zahl der Fälle	%
I. Keine Kohabitation	2	5,4
II. Unveränderte Kohabitation	12	32,4
III. Kohabitations-Störungen	19	51,3
IV. Kohabitations-Unmöglichkeit	4	10,8

37

Tabelle V. Kohabitations-Möglichkeit beim operierten Kollum-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen (Vaginale Totalexstirpation des Uterus mit beiden Adnexen)

	Zahl der Fälle	%
I. Keine Kohabitation	2	2,8
II. Unveränderte Kohabitation	14	19,7
III. Kohabitations-Störungen	45	63,3
IV. Kohabitations-Unmöglichkeit	10	14,0

71

Tabelle VI. Kohabitations-Möglichkeit beim operierten
Kollum-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen
(Vaginale Radikaloperation)

	Zahl der Fälle	%
I. Keine Kohabitation	3	20,0
II. Unveränderte Kohabitation	1	6,6
III. Kohabitations-Störungen	6	40,0
IV. Kohabitations-Unmöglichkeit	5	33,3

Das Gefühlsleben (Libido und Orgasmus)

Bei einer großen Zahl operierter Frauen kommt es, wie aufgezeigt, zu mehr oder weniger starken Störungen der Libido und des Orgasmus.

Ich habe jede Patientin eingehend befragt, ob sich postoperativ das körperliche Zusammenleben mit dem Partner gegenüber früher verändert hat oder ob schon damals nur ein pflichtgemäß ausgeübter Geschlechtsverkehr stattfand.

13 der befragten Frauen haben sich selbst als frigide bezeichnet. Demzufolge ist auch nach der Operation keine Änderung zu erwarten. Diese Patientinnen erscheinen unter der Rubrik "unverändert", wie bei Froewis und Picha.

Tabelle VII. Gefühlsleben beim operierten Kollum-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen (Gesamtzahl)

	Zahl der Fälle %	Libido		Orgasmus	
		Zahl der Fälle	%	Zahl der Fälle	%
I. Keine Kohabitation	8 = 4,3	keine	8 = 100	kein	8 = 100
		unveränderte	ø	unveränderter	ø
		abgeschwächte	ø	abgeschwächter	ø
II. Unveränderte Kohabitation	62 = 31,9	keine	5 = 8,1	kein	21 = 33,8
		unveränderte	32 = 51,6	unveränderter	12 = 18,5
		abgeschwächte	25 = 40,3	abgeschwächter	29 = 46,7
III. Kohabitations- Störungen	103 = 53,7	keine	9 = 8,7	kein	53 = 51,4
		unveränderte	54 = 53,3	unveränderter	17 = 16,5
		abgeschwächte	40 = 38,8	abgeschwächter	33 = 32,0
IV. Unmöglichkeit	19 = 10,1	keine	11 = 57,8	kein	19 = 100
		unveränderte	1 = 5,2	unveränderter	ø
		abgeschwächte	7 = 36,8	abgeschwächter	ø

Tabelle VIII. Gefühlsleben beim operierten Kollum-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen (Abdominale Totalexstirpation des Uterus mit beiden Adnexen)

	Zahl der Fälle %	Libido		Orgasmus
		Zahl der Fälle	%	
I. Keine Kohabitation	1 = 1,45	keine	1	kein 1
		unveränderte	ø	unveränderter ø
		abgeschwächte	ø	abgeschwächter ø
II. Unveränderte Kohabitation	35 = 50,7	keine	ø	kein 1 = 2,1
		unveränderte	24 = 68,5	unveränderter 11 = 31,4
		abgeschwächte	11 = 31,4	abgeschwächter 23 = 65,6
III. Kohabitations- Störungen	33 = 48,7	keine	ø	kein 4 = 12,1
		unveränderte	29 = 87,8	unveränderter 15 = 45,1
		abgeschwächte	4 = 12,1	abgeschwächter 14 = 42,4
IV. Kohabitations- Unmöglichkeit	ø	keine	ø	kein ø
		unveränderte	ø	unveränderter ø
		abgeschwächte	ø	abgeschwächter ø

Gefühlsleben beim operierten Kollum-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen
(Wertheimische Radikaloperation)

Tabelle IX.

	Zahl der Fälle %	Libido		Orgasmus	
		Zahl der Fälle	%	Zahl der Fälle	%
I. Keine Kohabitation	2 = 5,4	keine	ø	kein	ø
		unveränderte abgeschwächte		unveränderter abgeschwächter	
II. Unveränderte Kohabitation	12 = 32,4	keine	2 = 16,6	kein	8 = 66,6
		unveränderte	3 = 25,0	unveränderter	1 = 8,3
		abgeschwächte	7 = 58,3	abgeschwächter	3 = 25,0
III. Kohabitations- Störungen	19 = 51,3	keine	3 = 15,7	kein	14 = 73,6
		unveränderte	2 = 10,3	unveränderter	1 = 5,2
		abgeschwächte	14 = 73,6	abgeschwächter	4 = 21,0
IV. Kohabitations- Unmöglichkeit	4 = 10,8	keine	3 = 75,0	kein	4 = 100
		unveränderte	ø	unveränderter	ø
		abgeschwächte	1 = 25,0	abgeschwächter	ø

Tabelle X.

Gefühlsleben beim operierten Kollum-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen
(Vaginale Totalexstirpation des Uterus mit beiden Adnexen)

	Zahl der Fälle	%	Libido		Orgasmus	
			Zahl der Fälle	%	Zahl der Fälle	%
I. Keine Kohabitation	2	= 2,8	keine unveränderte abgeschwächte	ø	kein unveränderter abgeschwächter	ø
II. Unveränderte Kohabitation	14	= 19,7	keine unveränderte abgeschwächte	2 = 14,5 5 = 35,0 7 = 50,0	kein unveränderter abgeschwächter	11 = 78,5 ø 3 = 21,4
III. Kohabitations- Störungen	45	= 63,3	keine unveränderte abgeschwächte	1 = 2,2 23 = 51,1 21 = 46,6	kein unveränderter abgeschwächter	30 = 66,6 1 = 2,2 14 = 31,1
IV. Kohabitations- Unmöglichkeit	10	= 14,0	keine unveränderte abgeschwächte	3 = 30,0 1 = 10,0 6 = 60,0	kein unveränderter abgeschwächter	10 = 100 ø ø

Gefühlsleben beim operierten Kollum-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen
(Vaginale Radikaloperation mit beiden Adnexen)

Tabelle XI.

	Zahl der Fälle %	Libido		Orgasmus	
		Zahl der Fälle	%	Zahl der Fälle	%
I. Keine Kohabitation	3 = 20,0	keine unveränderte abgeschwächte	Ø	kein unveränderter abgeschwächter	Ø
II. Unveränderte Kohabitation	1 = 6,6	keine unveränderte abgeschwächte	1 Ø Ø	kein unveränderter abgeschwächter	1 Ø Ø
III. Kohabitations- Störungen	6 = 40,0	keine unveränderte abgeschwächte	5 = 83,3 Ø 1 = 16,6	kein unveränderter abgeschwächter	5 = 83,3 Ø 1 = 16,6
IV. Kohabitations- Unmöglichkeit	5 = 33,3	keine unveränderte abgeschwächte	5 = 100 Ø Ø	kein unveränderter abgeschwächter	5 = 100 Ø Ø

(2) Das Korpus-Karzinom

Die Erkrankung befällt überwiegend ältere Frauen, die schon seltener geschlechtlich verkehren.

Der hauptsächlichste Operationsweg ist die abdominale oder vaginale Totalexstirpation des Uterus mit beiden Adnexen, oft unter Mitnahme einer Scheidenmanschette. Die Folgen der beiden Operationen sind somit die Kürzung um den oberen Anteil der Vagina und die Entfernung der für sensible Reize empfänglichen Portio.

Bei der vaginalen Operation werden zusätzliche Veränderungen verursacht, falls ein Beckenbodenhilfsschnitt angewendet wird. Die Beeinträchtigungen der Kohabitation nach Korpus-Karzinom-Operationen sind geringer als bei den Operationsverfahren des Kollum-Karzinoms. Die Frauen klagten hauptsächlich über Trockenheit der Vagina und über klimakterische Ausfallerscheinungen. Das Gefühlsleben war ebenfalls beeinträchtigt. Die Ergebnisse Pichas und Froewis kann man nur zu einem gewissen Teil vergleichen, da wiederum erhebliche Altersunterschiede der betroffenen Patientinnen in beiden Arbeiten bestehen. Ihr Material umfaßt 46 Patientinnen über und nur 4 Patientinnen unter 50 Jahren.

Tabelle XII. Kohabitations-Möglichkeit beim operierten
Korpus-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen
(Gesamtzahl)

	Zahl der Fälle	%
I. Keine Kohabitation	5	9,4
II. Unveränderte Kohabitation	19	35,8
III. Kohabitations-Störungen	28	52,8
IV. Kohabitations-Unmöglichkeit	1	1,8

53

Tabelle XIII. Kohabitations-Möglichkeit beim operierten
Korpus-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen
(Abdominale Totalexstirpation des Uterus mit
beiden Adnexen)

	Zahl der Fälle	%
I. Keine Kohabitation	3	12,9
II. Unveränderte Kohabitation	12	50,0
III. Kohabitations-Störungen	9	37,5
IV. Kohabitations-Unmöglichkeit	Ø	Ø

24

Tabelle XIV. Kohabitations-Möglichkeit beim operierten
Korpus-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen
(Vaginale Totalexstirpation des Uterus mit
beiden Adnexen)

	Zahl der Fälle	%
I. Keine Kohabitation	2	7,1
II. Unveränderte Kohabitation	7	25,0
III. Kohabitations-Störungen	19	67,8
IV. Kohabitations-Unmöglichkeit	Ø	Ø

28

Tabelle XV. Kohabitations-Möglichkeit beim operierten
Korpus-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen
(Vaginale Radikaloperation mit beiden Adnexen)

	Zahl der Fälle	%
I. Keine Kohabitation	Ø	Ø
II. Unveränderte Kohabitation	Ø	Ø
III. Kohabitations-Störungen	Ø	Ø
IV. Kohabitations-Unmöglichkeit	1	Ø

Tabelle XVI.
Gefühlsleben beim operierten Korpus-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen
(Gesamtzahl)

	Zahl der Fälle %	Libido		Orgasmus	
		Zahl der Fälle	%	Zahl der Fälle	%
I. Keine. Kohabitation	5 = 9,4	keine	Ø	kein	Ø
		unveränderte abgeschwächte		unveränderter abgeschwächter	
II. Unveränderte Kohabitation	19 = 35,8	keine	2 = 10,5	kein	4 = 21,1
		unveränderte abgeschwächte	10 = 52,1 7 = 36,7	unveränderter abgeschwächter	8 = 42,1 7 = 36,7
III. Kohabitations- Störungen	28 = 52,8	keine	5 = 17,9	kein	9 = 32,1
		unveränderte abgeschwächte	9 = 32,1 14 = 50,0	unveränderter abgeschwächter	7 = 25,0 12 = 42,9
IV. Kohabitations- Unmöglichkeit	1 = 1,8	keine	1	kein	1
		unveränderte abgeschwächte	Ø Ø	unveränderter abgeschwächter	Ø Ø

Tabelle XVII.
Gefühlsleben beim operierten Korpus-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen
(Abdominale Totalexstirpation des Uterus mit beiden Adnexen)

	Zahl der Fälle %	Libido		Orgasmus	
		Zahl der Fälle	%	Zahl der Fälle	%
I. Keine Kohabitation	3 = 12,9	keine unveränderte abgeschwächte	ø	kein unveränderter abgeschwächter	ø
II. Unveränderte Kohabitation	12 = 50,0	keine unveränderte abgeschwächte	ø 8 = 66,6 4 = 33,3	kein unveränderter abgeschwächter	1 = 8,3 7 = 58,3 4 = 33,3
III. Kohabitations- Störungen	9 = 37,5	keine unveränderte abgeschwächte	4 = 44,4 5 = 55,5 ø	kein unveränderter abgeschwächter	2 = 22,2 6 = 66,6 1 = 11,1
IV. Kohabitations- Unmöglichkeit	ø	keine unveränderte abgeschwächte	ø	kein unveränderter abgeschwächter	ø

Gefühlslieben beim operierten Korpus-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen
(Vaginale Totalexstirpation mit beiden Adnexen)

Tabelle XVIII.

	Zahl der Fälle %	Libido		Orgasmus	
		Zahl der Fälle	%	Zahl der Fälle	%
I. Keine Kohabitation	2 = 7,1	keine unveränderte abgeschwächte	Ø	kein unveränderter abgeschwächter	Ø
II. Unveränderte Kohabitation	7 = 25,0	keine unveränderte abgeschwächte	2 = 28,4 2 = 28,4 3 = 42,6	kein unveränderter abgeschwächter	3 = 42,6 1 = 14,2 3 = 42,6
III. Kohabitations- Störungen	19 = 67,8	keine unveränderte abgeschwächte	1 = 5,2 4 = 20,8 14 = 72,8	kein unveränderter abgeschwächter	7 = 36,4 1 = 5,2 11 = 57,2
IV. Kohabitations- Unmöglichkeit	Ø	keine unveränderte abgeschwächte	Ø	kein unveränderter abgeschwächter	Ø

Gefühlsleben beim operierten Korpus-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen
(Vaginale Radikaloperation mit beiden Adenexen)

Tabelle XIX.

	Zahl der Fälle	%	Libido		Orgasmus	
			Zahl der Fälle	%	Zahl der Fälle	%
I. Keine Kohabitation	Ø		keine unveränderte abgeschwächte	Ø	kein unveränderter abgeschwächter	Ø
II. Unveränderte Kohabitation	Ø		keine unveränderte abgeschwächte	Ø	kein unveränderter abgeschwächter	Ø
III. Kohabitations- Störungen	Ø		keine unveränderte abgeschwächte	Ø	kein unveränderter abgeschwächter	Ø
IV. Kohabitations- Unmöglichkeit	1		keine unveränderte abgeschwächte	1 Ø Ø	kein unveränderter abgeschwächter	1 Ø Ø

(3) Das Ovarial-Karzinom

Hierbei erhalten wir ähnliche Ergebnisse wie beim Korpus-Karzinom. Zu mechanischen Kohabitations-Störungen kommt es hierbei nicht, da ein längerer Anteil der Vagina belassen werden kann.

Das Gefühlsleben (Libido und Orgasmus) ist jedoch gleich stark beeinträchtigt. Der Operationsweg, falls die Patientinnen noch operabel sind, ist die abdominale Totalexstirpation mit Entfernung beider Adnexe. Anschließend wird häufig eine Radio-Gold-Infusion ausgeführt und meistens nach mehrwöchentlichem Abstand wiederholt. Die Prognose des Leidens ist ungünstig. Die Gefahr der Metastasierung, Aszitesbildung und schweren Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens bewirken häufig eine kürzere Lebenserwartung und somit weniger lange Beobachtungszeit.

Die Zahl der Fälle ist auch hier gering. Die Radio-Gold-Medikation ist noch relativ jung, so daß man keine ausreichenden statistischen Erfolgsquoten der Behandlung angeben kann.

Tabelle XX. Kohabitations-Möglichkeit beim operierten Ovarial-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen (Abdominale Totalexstirpation des Uterus mit beiden Adnexen)

	Zahl der Fälle	%
I. Keine Kohabitation	3	15
II. Unveränderte Kohabitation	7	35
III. Kohabitations-Störungen	10	50
IV. Kohabitations-Unmöglichkeit	ø	ø

20

Tabelle XXI. Kohabitations-Möglichkeit beim operierten Ovarial-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen (Vaginale Totalexstirpation mit beiden Adnexen)

	Zahl der Fälle	%
I. Keine Kohabitation	ø	ø
II. Unveränderte Kohabitation	ø	ø
III. Kohabitations-Störungen	3	100
IV. Kohabitations-Unmöglichkeit	ø	ø

3

Tabelle XXII. Kohabitations-Möglichkeit beim operierten
Ovarial-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen
(Vaginale Radikaloperation mit beiden Adnexen)

	Zahl der Fälle	%
I. Keine Kohabitation	Ø	Ø
II. Unveränderte Kohabitation	Ø	Ø
III. Kohabitations-Störungen	Ø	Ø
IV. Kohabitations-Unmöglichkeit	1	Ø

Gefühlsleben beim operierten Ovarial-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen
(Gesamtzahl)

Tabelle XXIII.

	Zahl der Fälle	Zahl der Fälle %	Libido		Orgasmus	
			Zahl der Fälle	%	Zahl der Fälle	%
I. Keine Kohabitation	3 = 12,3		keine	3 = 100	kein	3 = 100
			unveränderte	∅	unveränderter	∅
			abgeschwächte	∅	abgeschwächter	∅
II. Unveränderte Kohabitation	7 = 28,7		keine	1 = 14,2	kein	2 = 28,4
			unveränderte	4 = 56,8	unveränderter	3 = 42,6
			abgeschwächte	2 = 28,4	abgeschwächter	2 = 28,4
III. Kohabitations- Störungen	13 = 53,3		keine	2 = 15,2	kein	4 = 30,4
			unveränderte	4 = 30,4	unveränderter	3 = 22,8
			abgeschwächte	7 = 53,2	abgeschwächter	6 = 45,6
IV. Kohabitations- Unmöglichkeit	1 = 4,1		keine	1	kein	1
			unveränderte	∅	unveränderter	∅
			abgeschwächte	∅	abgeschwächter	∅

Gefühlsleben beim operierten Ovarial-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen
(Abdominale Totalexstirpation des Uterus mit beiden Adnexen)

Tabelle XXIV.

	Zahl der Fälle	%	Libido		Orgasmus	
			Zahl der Fälle	%	Zahl der Fälle	%
I. Keine Kohabitation	3	15	keine unveränderte abgeschwächte	3 = 100 ∅ ∅	kein unveränderter abgeschwächter	3 = 100 ∅ ∅
II. Unveränderte Kohabitation	7	35	keine unveränderte abgeschwächte	1 = 14,2 4 = 56,8 2 = 28,4	kein unveränderter abgeschwächter	2 = 28,4 3 = 42,6 2 = 28,4
III. Kohabitations- Störungen	10	50	keine unveränderte abgeschwächte	∅ 4 = 40,0 6 = 60,0	kein unveränderter abgeschwächter	1 = 10,0 3 = 30,0 6 = 60,0
IV. Kohabitations- Unmöglichkeit	∅		keine unveränderte abgeschwächte	∅	kein unveränderter abgeschwächter	∅

Gefühlsleben beim operierten Ovarial-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen
(Vaginale Totalexstirpation mit beiden Adnexen)

Tabelle XXV.

	Zahl der Fälle	%	Libido		Orgasmus
			Zahl der Fälle	%	
I. Keine Kohabitation	ø		keine unveränderte abgeschwächte	ø	kein unveränderter abgeschwächter ø
II. Unveränderte Kohabitation	ø		keine unveränderte abgeschwächte	ø	kein unveränderter abgeschwächter ø
III. Kohabitations- Störungen	3		keine unveränderte abgeschwächte	2 = 66,6 ø 1 = 33,3	kein unveränderter abgeschwächter 3 ø ø
IV. Kohabitations- Unmöglichkeit	ø		keine unveränderte abgeschwächte	ø	kein unveränderter abgeschwächter ø

Tabelle XXVI. Gefühlsleben beim operierten Ovarial-Karzinom 20 - 50-jähriger Patientinnen (Vaginale Radikaloperation mit beiden Adnexen)

	Zahl der Fälle	Zahl der Fälle %	Libido		Orgasmus	
			Zahl der Fälle	%	Zahl der Fälle	%
I. Keine Kohabitation	Ø		keine unveränderte abgeschwächte	Ø	kein unveränderter abgeschwächter	Ø
II. Unveränderte Kohabitation	Ø		keine unveränderte abgeschwächte	Ø	kein unveränderter abgeschwächter	Ø
III. Kohabitations-Störungen	Ø		keine unveränderte abgeschwächte	Ø	kein unveränderter abgeschwächter	Ø
IV. Kohabitations-Unmöglichkeit	1		keine unveränderte abgeschwächte	1 Ø Ø	kein unveränderter abgeschwächter	1 Ø Ø

IV. Aussichten auf Wiederherstellung der Vita sexualis

Durch eine weitgehende Unterleibsoperation wird das Sexualleben einer geschlechtsreifen Frau empfindlich gestört.

Die ausgedehntesten anatomischen Veränderungen im Bereich der Vagina finden wir nach Behandlung des Kollum-Karzinoms.

Die mechanischen Kohabitations-Störungen bis zur Unmöglichkeit sind die hauptsächlich geklagten Beschwerden. Sie bringen die häufigsten Beeinträchtigungen des Gefühlslebens, der Libido und des Orgasmus. Zusätzlich folgt der hormonale Ausfall durch die Entfernung beider Ovarien. Da die hier besprochenen Patientinnen zum Zeitpunkt der Operation unter 50 Jahre alt waren und sich noch nicht im Klimakterium befanden, wurde ihr Sexualempfinden erheblich beeinträchtigt und rief zum Teil ausgedehnte psychische Verhaltensstörungen hervor.

Die anatomischen Veränderungen sind wenig zu beeinflussen. Zumindest muß eine weitere Schrumpfung der Vagina vermieden werden. Wie früher berichtet, versucht die Patientin anfangs, den schmerzhaften Koitus zu meiden; dies führt wiederum zur weiteren Atrophie des verbleibenden Scheidenblindsackes. Es sollte daher den Frauen empfohlen werden, falls der zurückgebliebene Scheidenanteil nicht zu kurz ist, etwa sechs Wochen nach der Operation den Sexualverkehr wieder aufzunehmen, um starke postoperative Schrumpfungsercheinungen der Vagina zu verhindern.

Häufig gelingt es, die hormonalen und die daraus resultierenden psychischen Störungen durch Hormontherapie zu beheben.

Die Patientinnen wurden nach der Hormonapplikation arbeitsfreudiger. Die allgemeine Stimmungslage besserte sich. Es kam zu einer Steigerung der Libido. Selbst der verlorengegangene Orgasmus stellte sich häufig wieder ein.

Lax empfiehlt die Androgentherapie, um der Patientin über auftretende Eheschwierigkeiten hinwegzuhelfen. Androgene haben einen psychisch roborierenden Effekt, beeinflussen damit die seelischen Störungen und heben den Turgor der Genitalorgane. Andererseits verabfolgt man vegetativ wirksame Pharmaka, die zentral wie auch peripher angreifen. Die Atrophie der Vaginalhaut wird durch lokale Östrogengaben gebessert, was zytologisch bewiesen wurde.

Es ließ sich bei den Untersuchungen feststellen, daß ausgeglichene Frauen weniger leicht sexuellen Störungen unterlagen und daß ein harmonisches Zusammenleben der Partner zu äußerst befriedigenden Geschlechtsbeziehungen führte.

Wenige Frauen berichteten über Untreue des Ehemannes. Bei diesen Patientinnen ist selbstverständlich postoperativ durch dieses Ereignis ein zusätzlicher Schock eingetreten, der zu einer Minderung oder sogar zum totalen Ausfall der Libido und des Orgasmus führte.

Einige andere Patientinnen fühlten sich glücklich, nicht mehr in der Furcht leben zu müssen, noch Kinder zu bekommen.

Es sei nochmals darauf hingewiesen, daß eine verständnisvolle Beeinflussung der Frauen, mit dem Ziel, ihre bisherigen Aufgaben wieder voll zu erfüllen, unerläßlich ist. Selbstverständlich fehlt es hin und wieder an der notwendigen Einsicht einiger Frauen, die sich schlecht oder gar nicht führen lassen wollen. Häufig sind auch der Ehemann und die Familienangehörigen nicht genügend rücksichtsvoll. Eine zusätzliche Unterrichtung des Ehepartners ist deshalb anzuraten.

Aus meinen Erfahrungen möchte ich berichten, daß die Frauen, die sich rasch umstellen konnten und zeitgerecht das eheliche Zusammenleben wiederaufnahmen, die körperlichen Bedingungen

vorausgesetzt, zu befriedigenden Sexualbeziehungen kamen. Hier wurden Libido und Orgasmus, wenn auch nicht gleich zu Anfang, so doch später erneut beobachtet.

Vor allem ist der Patientin klarzumachen, daß mit Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit Libido und Orgasmus nicht erlöschen müssen.

Entscheidend für eine Therapie sind die offene und vertrauensvolle Aussprache zwischen Patientin und behandelndem Arzt sowie eine verständnisvolle psychische Führung.

Durch diese Betreuung gelingt es fast immer, die Frau davon zu überzeugen, daß das postoperative Klimakterium nicht beginnendes Altern bedeutet, wenn auch das zeitweilige körperliche Nachlassen bewußt von ihr durchlebt wird.

Auch dieser postoperative Lebensabschnitt kann oftmals noch ein befriedigendes Eheleben bieten.

Der Einstellung der Patientin zu dieser eingreifenden Erkrankung, Behandlung und deren Folgen kommt eine wesentliche Bedeutung zu.

V. Zusammenfassung

In dieser Arbeit wird über 269 Patientinnen berichtet, die infolge karzinomatöser Erkrankungen des Collum-, des Corpus uteri und der Ovarien einer Operation unterzogen wurden.

Die postoperativen Veränderungen sind: anatomisch bedingte Störungen bis zur Unmöglichkeit der Kohabitation, hormonaler Ausfall, psychische Alterationen und die Beeinträchtigung von Libido und Orgasmus.

Die Tabellen wurden in Anlehnung an die Veröffentlichungen von Froewis und Picha zusammengestellt. Die Resultate stimmen nicht überein, da erhebliche Altersunterschiede der Patientinnen in beiden Arbeiten bestehen. Die hier aufgeführten Frauen befanden sich zum Zeitpunkt der Operation alle im ovaraktiven Alter (20 - 50 Jahre), im Vergleich zu den eben zitierten Autoren, die hauptsächlich Frauen im Alter von 50 - 80 Jahren beschrieben.

Es fanden sich Kohabitations-Störungen nach abdominaler Total-exstirpation des Uterus mit beiden Adnexen bei 48,6 %, nach abdominaler Radikaloperation (Wertheim) bei 51,3 %, nach vaginaler Totalexstirpation des Uterus mit beiden Adnexen und vaginaler Radikaloperation (Schauta-Stoeckel) bei 61,3 %.

Störungen der Libido traten bei 24,1 %, des Orgasmus bei 36,0 % nach abdominaler Totalexstirpation des Uterus mit Entfernung beider Adnexe, einschließlich abdominaler Radikaloperation, auf. Nach vaginaler Totalexstirpation des Uterus mit beiden Adnexen, einschließlich der vaginalen Radikaloperation, wurden 28,6 % Libido- und 40,5 % Orgasmus-Störungen beobachtet.

Schrifttum

1. Amreich, Alfred I.: Klinik und operative Behandlung des Uteruskarzinoms aus
Seitz-Amreich: Gynäkologie: Biologie und Pathologie des Weibes, 967 (1954/55)
2. Artner, J.: Vegetative Ausgangslage und Cyclus. Arch. Gynäk. (1958)
3. Beauvoir, S. de: Das andere Geschlecht, Rowohlt-Verlag (1951)
4. Bleuler, M.: Therapia Nova, Nr. 10 (1957)
Endokrinologische Psychiatrie, Thieme-Verlag Stuttgart (1954)
Untersuchungen aus dem Grenzgebiet zwischen Psychopathologie und Endokrinologie (1948)
5. Bleuler, M. und Zueblin: Wien. med. Wschr. 13/14 (1952)
6. Buytendijk, F. J.: Die Frau, Bachem-Verlag, Köln (1953)
7. Froewis und Picha: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 9 (1955), 806
8. Heiß, H.: Über Sexualstörungen nach Radikalbehandlung des Collum-Carcinoms und ihre Therapie, Med. Klin. 49. Jhg. 25, (1954)
9. Herschan, O.: Ref. Ber. Geburtshilfe und Gynäkologie 15 (1929) 202
10. Heymans, P.: Vom Wesen der Geschlechter, München-Basel (1950)
11. Jores, A.: Psyche und Sexualhormon 1. Symp. d. Dtsch. Ges. Endokr. (1953)
12. Kahanpää, V. und T. Gylling: Ann. chir. et gynaec. Fenn. 3 (1951), 189
13. Kemper, W.: Die Störungen der Liebesfähigkeit des Weibes, Thieme-Verlag, Leipzig (1942)
14. Labhardt, A.: Die Geschwülste der äußeren Geschlechtsorgane; Biologie und Pathologie des Weibes (1955)

15. Lax, H.: Rückblick und Ausblick in der gynäkol. Endokrinologie Zbl. Gynäk. (1956)
Die Hormonbehandlung der Frau in den kritischen Jahren, Med. Klin., Bd. 56, (1961)
16. Martius, H.: Die gynäkolog. Operationen (1949), Thieme-Verlag
17. Nordmeyer, K.: Frigidität Zbl. Gynäk. (1951)
18. Picha, E.: Wr. med. Wochenschrift 154/155 (1953)
Strahlentherapie 1,106 (1954)
Geburtsh. u. Frauenheilk. 17. Jhg. (1957) Über das Sexualleben von Frauen nach Ra.-Beh. gyn. Erkrankungen
19. Prill, H. J.: Zum Wesensverständnis der Frau, Ärztl.Mitt. Nr. 40 (1960)
20. Rauber-Kopsch: Lehrbuch und Anatomie des Menschen (1952)
21. Rudolf, W.: Die zweite große Caesur im Leben der Frau
22. Stourzh, H.: Die Anorgasmie der Frau, Fe. Enke-Verlag, Stuttgart (1961)
23. Wenner, R.: Schw. med. Wschr. (1951)

Herrn Privat-Dozent Dr. med. H.-W. Boschann, Chefarzt
der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des
Städtischen Rudolf-Virchow-Krankenhauses Berlin, danke
ich für die freundliche Überlassung des Thema und die
wertvollen Anregungen sowie die Entgegennahme der Arbeit.

Lebenslauf

Am 9. Februar 1930 wurde ich in Züsow, Kreis Wismar, als Tochter des Oberförsters Egon Foitzik und seiner Ehefrau geboren. Nach Besuch der Grundschule und zuletzt der Oberschule in Malchin legte ich 1949 die Reifeprüfung ab. 1950 - 1951 arbeitete ich als Sprechstundenhilfe bei einem praktischen Arzt. Von 1951 - 1953 war ich als Krankenschwester im St.-Hedwig-Krankenhaus, Berlin, tätig; nach dem Krankenpflegeexamen (1953) begann ich an der Freien Universität das medizinische Studium, das ich am 31. März 1960 mit dem Staatsexamen beendete. Meine Medizinalassistentenzeit leistete ich auf verschiedenen Krankenhausabteilungen in Berlin und Westdeutschland ab.

Am 31. Mai 1962 erhielt ich die Bestallung als Arzt.

Seit 1961 bin ich mit Wolfgang Weißert verheiratet.

